



ÖZEL
AVICENNA
TIBBİ LABORATUVARI

Hiç bir şey gizli kalmasın

PATOLOJİ İSTEM FORMU

Döküman No	KU. FR. 26
Yayın Tarihi	10. 01. 2018
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa Sayısı	1/1

Sıra No	Hastanın Adı Soyadı T.C.	Numunenin Alındığı Tarih Saat	Doğum Tarihi Cinsiyet	Kutu Sayısı	Numune Cinsi
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

GÖNDEREN KURUM: **Gönderi Tarihi:**/...../..... **Gönderi Saati:**...../.....

Not: Lütfen hasta ile ilgili gerekli olabilecek belgeleri veya hakim notlarını ilave ediniz.